

رابطه‌ی زمان شروع رژیم مایعات با طول مدت بستری و زمان برگشت حرکات روده‌ای در بیماران با سزارین انتخابی

دکتر پروین تدین^۱، دکتر فرناز محمدیان^۱

خلاصه

سابقه و هدف: به طور معمول پس از سزارین، بیماران ساعت‌های طولانی ناشتا نگه داشته می‌شوند و این امر منجر به صرف هزینه و وقت بیشتر برای سیستم درمانی می‌شود. مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی شروع زود هنگام رژیم مایعات با وضعیت معمول، از نظر طول مدت بستری و زمان لازم برای برگشت حرکات روده‌ای پس از سزارین‌های انتخابی در بیمارستان ولی عصر زنجان در سال ۱۳۸۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی تحلیلی ۲۰۰ نفر از افرادی که مورد سزارین انتخابی قرار گرفته بودند انتخاب و به طور اتفاقی به دو گروه تقسیم شدند. گروه شاهد ۱۰۰ نفر بودند که طبق معمول ۱۰ تا ۱۲ ساعت پس از عمل برای آن‌ها رژیم مایعات شروع شد. گروه مورد ۱۰۰ نفر از افراد داوطلبی بودند، که ۲ تا ۳ ساعت بعد از عمل، رژیم مایعات را شروع کردند. دو گروه از نظر سن، تعداد حاملگی، سن حاملگی و علت سزارین با هم یکسان بودند. دو گروه از نظر تحمل رژیم مایعات، برگشت حرکات روده در روز اول پس از عمل و طول مدت بستری در بیمارستان با هم مقایسه شدند. وجود استفراغ در شروع مصرف مایعات به عنوان عدم تحمل و وجود صدای روده در سمع روز اول پس از عمل، به عنوان برگشت حرکات روده در نظر گرفته شد. ترخیص بیماران پس از دفع گاز انجام شد. نتایج مطالعه با استفاده از آزمون دقیق فیشر، تی و کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین روزهای بستری در گروه شاهد (۲/۲ ۰/۵) بیشتر از گروه مورد (۲/۱ ۰/۳) بود ($P < ۰/۰۵$). برگشت حرکات روده‌ای فردای روز عمل در ۸۱ نفر از گروه شاهد و ۹۲ نفر از گروه مورد وجود داشت که اختلاف دو گروه از این نظر معنی دار بود ($P < ۰/۰۱$). در گروه شاهد هیچ موردی از عدم تحمل به رژیم مایعات وجود نداشت ولی ۶ نفر از گروه مورد پس از شروع نوشیدن مایعات به علت تهوع و استفراغ دوباره از مصرف مواد خوراکی منع شدند ($P < ۰/۰۵$). عارضه‌ی مهمی در هیچ یک از بیماران دو گروه دیده نشد.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: شروع زود هنگام رژیم مایعات در سزارین‌های انتخابی باعث کاهش روزهای بستری و برگشت سریع‌تر حرکات روده‌ای شده و عارضه‌ی مهمی ایجاد نمی‌کند. از این رو استفاده از این روش پس از سزارین‌های انتخابی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: سزارین، رژیم مایعات، طول مدت بستری

مقدمه

آن چه در بیماران سزارینی به وضوح دیده می‌شود این است که اغلب این بیماران به علت ناشتا ماندن قبل از عمل و عدم مصرف مایعات در ضمن دردهای زایمانی، احساس خشکی در دهان و گلو داشته و نیاز به مصرف آب را ابراز می‌کنند. در یک مطالعه مصرف زود هنگام رژیم مایعات باعث افزایش رضایت‌مندی در بیماران و موفقیت در شیر دهی شده است (۳). در مطالعه‌ی دیگری خارج شدن

سزارین یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی زنان است. روش مرسوم پس از عمل سزارین ناشتا ماندن بیماران برای ساعت‌های طولانی است، به طوری که در سزارین‌های بدون عارضه ۸ ساعت پس از عمل رژیم غذایی شروع می‌شود. برخی منابع برای حاملگی‌های پر خطر خارج شدن از ناشتایی را فردای روز عمل در نظر می‌گیرند (۲).

^۱ متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

عوارض ضمن عمل مثل چسبندگی‌های شدید، تزریق خون، سزارین بار چهارم یا بیشتر باعث حذف افراد از مطالعه می‌شد. بیمارانی که با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کردند و بیمارانی که روزهای قبل از عمل به عللی در بیمارستان بستری بودند نیز از مطالعه حذف شدند. تمام بیماران ۷ تا ۱۰ روز پس از ترخیص از بیمارستان جهت کشیدن بخیه‌ها و ویزیت مجدد مراجعه کردند.

دو گروه از نظر تحمل به شروع رژیم مایعات، برگشت حرکات روده‌ای در روز اول پس از عمل و طول زمان بستری با هم مقایسه شدند. افرادی که پس از شروع نوشیدن مایعات دچار تهوع و استفراغ شده و مصرف مایعات در آن‌ها قطع شد، به عنوان عدم تحمل در نظر گرفته شدند. وجود صدای روده در سمع، به عنوان برگشت حرکات روده‌ای در نظر گرفته شد. بیماران پس از دفع گاز مرخص می‌شدند. برای مقایسه‌ی متغیرها در دو گروه مورد بررسی از آزمون‌های تی، دقیق فیشر و کای دو استفاده شد.

نتایج

۱۰۰ نفر در گروه مورد و ۱۰۰ نفر در گروه شاهد، مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه شاهد ۳ ۲۸/۴ سال و در گروه مورد ۵/۵ ۲۷ سال بود، که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۱). دامنه‌ی سنی در گروه شاهد از ۱۷ تا ۴۰ سال و در گروه مورد از ۱۸ تا ۴۲ سال بود. میانگین تعداد حاملگی در گروه شاهد ۰/۸ ۲/۳ و در گروه مورد ۱ ۲/۱ بود که تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه وجود نداشت. میانگین تعداد زایمان‌های قبلی در گروه شاهد ۰/۷ ۱/۲ و در گروه مورد ۰/۹ ۱/۱ عدد بود. میانگین سن حاملگی در دو گروه شاهد (۰/۳ ۳۹ هفته) و مورد (۰/۲ ۳۹ هفته) مشابه بود. میانگین زمان عمل جراحی (از شروع برش پوست تا تمام شدن ترمیم پوست) در دو گروه شاهد (۴/۲ ۳۲/۳ دقیقه) و مورد (۰/۵ ۳۱/۴ دقیقه) تفاوت معنی‌داری نداشت. لوله‌های ۱۴ نفر (۱۴ درصد) در گروه شاهد و ۱۷ نفر (۱۷ درصد) در

زود هنگام بیماران از ناشتایی و خوردن غذا باعث کاهش استفاده از مسکن‌ها شده است (۴). مطالعه‌ی حاضر به منظور ارزیابی فواید و عوارض احتمالی شروع زود هنگام مایعات پس از سزارین در مقایسه با شروع مایعات در زمان معمول در بیماران بستری در بیمارستان ولی عصر زنجان در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی تحلیلی ۲۰۰ نفر از افرادی که مورد سزارین انتخابی قرار گرفته بودند و برای ورود به مطالعه رضایت داشتند انتخاب و در دو گروه قرار گرفتند. گروه اول افراد گروه شاهد بودند که در آن‌ها به روش مرسوم رژیم مایعات، ۱۰ تا ۱۲ ساعت پس از عمل شروع شد. گروه دوم یا گروه مورد افرادی بودند که در آن‌ها رژیم مایعات زود هنگام و در عرض ۲ تا ۳ ساعت پس از عمل شروع شد. قبل از عمل به کلیه‌ی افراد توضیحات لازم در مورد پژوهش داده شد و رضایت‌مندی آن‌ها کسب شد. رژیم مایعات شامل آب، چای کم رنگ با شکر و آب میوه بود. افراد دو گروه از نظر سن، تعداد حاملگی، تعداد زایمان قبلی، سن حاملگی، مدت زمان عمل و تعداد افرادی که لوله‌های آن‌ها بسته شد، یکسان بودند. همه‌ی بیماران حداقل ۸ ساعت قبل از عمل ناشتا بودند. تمام آن‌ها صبح روز عمل در بخش بستری شدند و تحت بی‌هوشی عمومی قرار گرفتند. آنتی بیوتیک پیش‌گیرانه در هر دو گروه ۳ یا ۴ دوز به صورت کفلین وریدی استفاده شد. در هر دو گروه برش پوستی فانتیل و برش رحمی به شکل انسزیون عرضی روی سگمان تحتانی بود. بیماران ۱۲ ساعت پس از عمل تشویق به راه رفتن با کمک همراه شدند. پس از عمل از ولتارین عضلانی به عنوان مسکن استفاده و سوند فولی فردای روز عمل خارج شد.

علل زیرشامل: طول عمل بیش از ۴۰ دقیقه، وجود عوارض همراه حاملگی نظیر پره‌اکلامپسی، دیابت و بیماری قلبی، وجود عوارض پس از عمل نظیر خونریزی و اینرسی، تب بعد از عمل، مصرف آنتی بیوتیک وریدی بیش از ۳ یا ۴ دوز، وجود

لازم (مثل تشویق به راه رفتن بیشتر، ادامه‌ی استفاده از رژیم مایعات و سبک، استفاده از شربت هیدروکسید منیزیم، شیاف بیزا کودیل و استفاده از داروهای ضد نفخ) بر حسب معاینه و قضاوت بالینی انجام شد و در هیچ‌کدام از این بیماران ایلئوس شدید شامل نیاز به استفاده از لوله‌ی رکتال، لوله‌ی معده و ناشتای مجدد دیده نشد.

زمان بستری: میانگین روزهای بستری در گروه شاهد ۰/۵ ۲/۲ روز و در گروه مورد ۰/۳ ۲/۱ روز بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$). در گروه شاهد، ۸۱ نفر در روز دوم پس از عمل، ۱۷ نفر در روز سوم و ۲ نفر نیز در روز چهارم مرخص شدند. در گروه مورد، ۹۲ نفر در روز دوم پس از عمل و ۸ نفر در روز سوم پس از عمل مرخص شدند.

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که شروع زود هنگام رژیم مایعات پس از عمل جراحی سزارین انتخابی، زمان بستری بیماران را کوتاه کرده و عارضه‌ی جدی ندارد.

یکی از مراقبت‌های پس از عمل، خارج کردن به موقع بیمار از حالت ناشتا می‌باشد. ناشتا ماندن طولانی بیماران پس از عمل جراحی، امروزه مورد شک و تردید قرار گرفته است. یک مطالعه در مورد فعالیت میوالکتریک سیستم گوارشی نشان داد که تخلیه‌ی معده و جذب روده‌ی کوچک یک روز پس از عمل جراحی وجود داشته و شروع زود هنگام تغذیه‌ی دهانی پس از عمل به خوبی تحمل می‌شود (۵).

از مشکلاتی که برای شروع زود هنگام تغذیه‌ی دهانی پس از عمل مطرح است، عدم تحمل بیماران نسبت به آن و تهوع و استفراغ می‌باشد. ترس از ایلئوس پس از عمل یکی دیگر از علل ناشتا نگه داشتن طولانی بیماران پس از عمل است. ولی این عارضه پس از سزارین که دست کاری‌های روده در آن کم است، اغلب گذرا است (۶). امروزه بی‌خطر بودن خارج کردن زود هنگام بیماران از حالت ناشتا پس از سزارین در مطالعات مختلف نشان داده شده است، ولی هنوز ناشتا ماندن

جدول ۱ - مقایسه‌ی ویژگی‌های فردی، طول مدت و علت سزارین در دو گروه با شروع دیر هنگام و زود هنگام رژیم مایعات پس از عمل جراحی سزارین انتخابی در بیمارستان ولی عصر زنجان، ۱۳۸۱

متغیر	زمان شروع رژیم مایعات	
	زود هنگام (n=۱۰۰)	دیر هنگام (n=۱۰۰)
سن (سال)	۲۷ ۵/۵	۲۸/۴ ۵/۸
تعداد حاملگی	۲/۱ ۱	۲/۳ ۰/۸
تعداد زایمان قبل	۱/۱ ۹	۱/۲ ۰/۷
سن حاملگی (هفته)	۳۹ ۰/۲	۳۹ ۰/۳
زمان عمل (دقیقه)	۳۱/۴ ۴/۹	۳۲/۳ ۴/۲
سزارین تکراری	۸۶	۷۹
بستن لوله‌ها	۸۳	۸۶

گروه مورد بسته شد (جدول ۱). شایع‌ترین علت عمل در دو گروه، سزارین‌های تکراری بود. علل دیگر سزارین دوقلویی، موقعیت بریج در جنین، جنین با ارزش، گذشتن وقت زایمان و درشتی جنین بود.

تحمل به شروع رژیم مایعات: در گروه شاهد تمام بیماران توانستند رژیم مایعات را تحمل کنند. در گروه مورد، ۶ نفر پس از شروع مصرف مایعات دچار استفراغ شدند. با استفاده از آزمون دقیق فیشر تفاوت دو گروه از نظر تحمل رژیم مایعات معنی‌دار بود ($P = 0/03$). برای این ۶ نفر ۱۰ ساعت بعد رژیم مایعات شروع شد. فردای روز عمل همه‌ی آن‌ها برگشت حرکات روده‌ای را داشتند، و برای آن‌ها رژیم معمولی شروع شد و روز بعد بدون عارضه از بیمارستان مرخص شدند.

برگشت حرکات دودی روده: یک روز پس از عمل در گروه شاهد ۸۱ نفر و در گروه مورد ۹۲ نفر برگشت حرکات دودی روده را داشتند. با آزمون دقیق فیشر اختلاف دو گروه معنی‌دار بود ($P = 0/01$). برای افرادی که برگشت حرکات روده داشتند، رژیم معمولی شروع شد.

افرادی که برگشت حرکات دودی روده را نداشتند اقدامات

رژیم غذایی، ۶ ساعت پس از عمل جراحی، نسبت به ۲۴ ساعت پس از عمل جراحی باعث عوارض گوارشی و ایلئوس نمی‌شود. در بیماران ما نیز ایلئوس شدید مشاهده نشد. در مطالعه‌ی انجام شده توسط کرامر و هم‌کاران (۹)، نیز شروع زود هنگام رژیم غذایی پس از سزارین باعث افزایش ایلئوس نشد.

مطالعه‌ی دیگری توسط پرویت و هم‌کاران (۱۰)، روی ۵۴ مورد سزارین که در یک گروه ۶ ساعت پس از عمل و در گروه دیگر فردای روز عمل رژیم خوراکی شروع شده بود، هیچ‌گونه عارضه‌ای در افراد گروه مورد نشان نداد.

در مطالعه‌ی دوالینگ (۱۱) شروع رژیم غذایی ۴ ساعت پس از سزارین نسبت به شروع آن ۴۸ ساعت بعد از عمل، باعث کاهش روزهای بستری شد. در یک مطالعه‌ی ۱۸ ماهه که توسط بن هامو و هم‌کاران (۳) در فرانسه انجام شد، یک ساعت پس از عمل سزارین رژیم مایعات داده شد و ۶ تا ۸ ساعت بعد به آن‌ها غذا داده شد. این بیماران با بیماران ۱۸ ماه پیش مقایسه شدند، که رژیم غذایی در آن‌ها ۲۴ ساعت پس از عمل شروع می‌شد. نتیجه نشان داد که عوارض پس از عمل نسبت به قبل تفاوتی نداشته و رضایت‌مندی بیماران افزایش داشت. مهم‌ترین فایده‌ی شروع زود هنگام رژیم غذایی پس از عمل کاهش روزهای بستری است، که در مطالعات انجام شده نشان داده شده است (۱۲). در مطالعه‌ی ما نیز روزهای بستری در افرادی که در آن‌ها رژیم مایعات زود شروع شده بود، کاهش یافته است. به نظر می‌رسد شروع زود رژیم مایعات پس از سزارین یک روش بی‌خطر است و با توجه به بی‌خطر بودن این روش و مزایای ذکر شده، این روش را در سزارین‌های انتخابی پیشنهاد می‌کنیم. برای به کارگیری این روش در سزارین‌های اورژانس احتیاج به مطالعات بیشتری وجود دارد. بررسی فواید دیگر این روش مثل افزایش رضایت‌مندی بیماران و موفقیت در شیردهی پیشنهاد می‌شود.

طولانی پس از سزارین در کتب مرجع یک روش معمول می‌باشد (۶، ۲، ۱).

مصرف زود هنگام رژیم مایعات در بیماران پس از سزارین مزایایی مثل افزایش رضایت‌مندی بیماران و موفقیت در شیردهی دارد و مهم‌ترین مزیت آن کاهش زمان بستری بیماران در بیمارستان است (۳).

در مطالعه‌ی ما شروع زود هنگام رژیم مایعات باعث برگشت سریع عمل‌کرد روده‌ای و کوتاه شدن روزهای بستری شد، ولی عدم تحمل و ایجاد استفراغ در این گروه بیشتر از گروه کنترل بود. در هیچ یک از افراد مورد مطالعه‌ی ما عارضه‌ای دیده نشد. در یک مطالعه در مصر که توسط رابو (۴) روی ۲۰۰ بیمار با سزارین انتخابی انجام شد، ۱۰۰ نفر از بیماران بلافاصله پس از عمل جراحی مایعات دریافت کردند و ۱۰۰ نفر دیگر ۲۴ ساعت بعد، از حالت ناشتا خارج شدند. نتیجه نشان داد افراد با شروع زود هنگام تغذیه دهانی، روزهای بستری، تهوع و استفراغ و ایلئوس کمتری را نسبت به گروه کنترل تجربه کردند. نتیجه‌ی این مطالعه از نظر کاهش روزهای بستری مشابه نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر می‌باشد، ولی در مطالعه‌ی ما تهوع و استفراغ در شروع زود هنگام مایعات نسبت به گروه کنترل بیشتر بود.

در مطالعه‌ی دیگری که توسط براوس و هم‌کاران (۷) انجام شد نحوه‌ی تحمل بیماران و هم‌چنین بی‌خطر بودن شروع زود هنگام و دیر هنگام رژیم غذایی پس از سزارین مطالعه شد و عارضه‌ای در بیماران با شروع زود هنگام تغذیه‌ی دهانی مشاهده نشد. در مطالعه‌ی اخیر عدم تحمل نسبت به شروع زود هنگام رژیم غذایی نسبت به گروه کنترل مشاهده نشد و طول مدت بستری نیز کاهش داشت. نتیجه‌ی این مطالعه در مورد کاهش روزهای بستری مشابه نتیجه‌ی مطالعه‌ی ما بود، ولی در مطالعه‌ی ما افرادی که رژیم مایعات را زود شروع کرده بودند، نسبت به گروه کنترل عدم تحمل بیشتری نشان دادند. مطالعه‌ی بن زینب و هم‌کاران (۸) در تونس روی ۱۰۰ مورد سزارین نشان داد که شروع زود هنگام

تشکر و قدر دانی

هم‌چنین از پرسنل محترم بخش سزارین بیمارستان
ولی عصر که همکاری‌های لازم را نموده‌اند،
تشکر می‌کنیم.

از آقای دکتر نور الدین موسوی نسب که در تجزیه و
تحلیل آماری این مقاله راهنمایی فرمودند، تشکر می‌نمایم.

منابع

- 1 - Cunningham FG, Madonald PC, Gant NF. *Williams Obstetri*. 21st ed. New York: Practice Hall Inc; 2001: 558.
- 2 - James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. *High Risk Pregnancy*. 2nd ed. London : W.B. Saunders 1999: 1266.
- 3 - Benhamou D, Tecsy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after cesarean delivery: Patient wellbeing is increased. *Canadian J Anaesth* 2002 ; 49(8) : 814-9.
- 4 Robbos AS. Early oral hydration: a novel regimen for management after elective cesarean section. *Obstet Gynecol* 1995; 21(6) 563-7.
- 5 Capstick V, Flood C, et al. A randomized controlled trial of early versus "traditional" post operative oral intake after major abdominal gynecologic surgery. *Am Obstet Gynecol* 2002; 186(5):861-5.
- 6 - Scott JR, Disasia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. *Obstetrics & Gynecology*. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 1999: 462.
- 7 - Burrows WR, Genco AJ Jr, Rose SM, et al. Safety and efficacy of early post operative solid food consumption after cesarean section. *J Reprod Med* 1995; 40(6): 463-7.
- 8 - Benzineb N, Slim MN, Masmoudi A, Bentaieb A, Sfar R. Value of oral Feeding after a cesarean section. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995; 9(5-6): 281-2.
- 9 Someren JK, Qualls CR, Curet LB. Post operative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding on the Incidence of Ileus. *Obstet Gynecol* 1996; 88(1): 29-32.
- 10 - Pruitt BL, Brumfield CG, Owen J, Savage K, Cilver S. Early feeding after cesarean: a randomized clinical trial. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4):564.
- 11 Dwalling A. Early feeding of solid food following cesarean delivery. *Am Fam Physician* 2002, 65(4): 681-2.
- 12 - Patolia DS, Hillard Jr Rlm, Toy EC, Baker B. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet & Gynecol* 2001; 98(1): 113-116.